

## Anamnesebogen für Neupatientinnen und Neupatienten

Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten!

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Bogen aus und schicken diesen dann per Post oder per e-Mail an mich zurück. Vielen Dank.

<b>Name, Vorname:</b>	_____
<b>Geburtsdatum:</b>	_____
<b>Anschrift:</b>	_____
<b>Beruf:</b>	_____
<b>Krankenversicherung: gesetzlich/privat</b>	_____
<b>Telefon (Festnetz/Handy):</b>	_____
<b>Gewicht:</b>	_____
<b>Körpergröße:</b>	_____
<b>E-Mail-Adresse:</b>	_____
<b>Familienstand:</b>	_____
<b>Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?</b>	_____

### BERATUNGSANLASS:

**Welche Beschwerden haben Sie veranlasst,  
mich zu kontaktieren?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Seit wann bestehen die Beschwerden?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Was haben Sie für Begleitsymptome?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Was vermuten Sie selbst als Ursache Ihrer  
Beschwerden?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wie sehr sind Sie im Alltag durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Was haben Sie bisher dagegen unternommen?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Nehmen Sie allopathische/schulmedizinische Medikamente ein, wenn ja, welche und in welcher Dosierung?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Nehmen Sie homöopathische/komplementärmedizinische Medikamente ein, wenn ja, welche?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**WEITERE ANGABEN:**

**Wurden Operationen durchgeführt -wenn ja, wann?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Hatten Sie einen Unfall/Unfälle -wenn ja, wann?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Wenn ja, wieviel Prozent?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Welche Impfungen haben Sie in den letzten 10 Jahren erhalten?**

---

---

---

---

---

---

---

---

Wie ernähren Sie sich? (vegan-vegetarisch-Mischkost)

---

---

---

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel Zig./Tag?

---

---

---

Trinken Sie Alkohol? Öfter/Gelegentlich/Nie?

---

---

---

Wie schlafen Sie?

---

---

---

Wie ist Ihr Appetit?

---

---

---

Wie ist Ihre familiäre Lebens -und Arbeitssituation (berufliche Belastung, Familiensituation...)?

---

---

---

---

**WEITERE ANGABEN ZU MÖGLICHEN BESCHWERDEN:**

Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/>
Gerinnungsstörung	<input type="radio"/>	Gicht	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	Rheumatoide Arthritis	<input type="radio"/>
Magenerkrankung	<input type="radio"/>	Arthrose	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	Allergisches Asthma	<input type="radio"/>
Darmerkrankung	<input type="radio"/>	Lebererkrankung	<input type="radio"/>
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>
Neurologische Erkrankung	<input type="radio"/>	Hauterkrankung	<input type="radio"/>
Psychische Erkrankung	<input type="radio"/>	Allergien, Unverträglichkeiten	<input type="radio"/>
Krebserkrankung	<input type="radio"/>	Allergisches Asthma	<input type="radio"/>
Koronare Herzerkrankung (KHK)	<input type="radio"/>		
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	Sonstiges: _____	

**HAT JEMAND IN IHRER FAMILIE (VERWANDTE 1. GRADES) FOLGENDE ERKRANKUNGEN?**

<b>Koronare Herzkrankheit</b>	<input type="radio"/>	<b>Bei wem?</b> _____
<b>Bluthochdruck</b>	<input type="radio"/>	<b>Bei wem?</b> _____
<b>Diabetes mellitus</b>	<input type="radio"/>	<b>Bei wem?</b> _____
<b>Schlaganfall</b>	<input type="radio"/>	<b>Bei wem?</b> _____
<b>Darmkrebs</b>	<input type="radio"/>	<b>Bei wem?</b> _____
<b>Brustkrebs</b>	<input type="radio"/>	<b>Bei wem?</b> _____
<b>Andere Krebserkrankungen</b>	<input type="radio"/>	<b>Bei wem?</b> _____
<b>Psychische Erkrankungen</b>	<input type="radio"/>	<b>Bei wem?</b> _____
<b>Erkrankungen des Bewegungsapparates</b>	<input type="radio"/>	<b>Bei wem?</b> _____
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>		_____